



全日病 NEWS 8/15

発行所/社団法人全日本病院協会
発行人/西澤寛俊
〒101-8378 東京都千代田区三崎町
3-7-12 清話ビル
TEL (03)3234-5165
FAX (03)3234-5206

ALL JAPAN HOSPITAL ASSOCIATION NO.738 2010/8/15 <http://www.ajha.or.jp/> mail:info@ajha.or.jp

立法・資格化に向かう医行為解禁議論

介護職員等による痰吸引等実施制度の在り方検討会 「痰の吸引」「経管栄養」実施可能の枠組みと試行事業を認める

厚生労働省の「介護職員等によるたんの吸引等の実施のための制度の在り方に関する検討会」は8月9日、議論の中間的整理として、介護職員等が痰吸引ほかの行為を実施できる制度の枠組みに関する事務局(厚労省老健局)案を大筋で了解するとともに、事務局案どおり「介護職員等によるたん吸引等の試行事業」を実施することで合意した。(5面に関係資料を掲載)

事務局は、介護職員等による痰吸引等の解禁について、在宅や特養・特別支援学校で介護職員等に認められてきた痰吸引等一定行為の実施は、緊急避難的なものとして実質的に違法性が阻却できるという解釈で乗り切ってきたが、今回のように広範に一定の医行為実施を解禁、かつ、安全性を担保するために研修要件等を定めて行なうためには法的に不安定である、と論じた。

さらに、介護職員等の業務に積極的に位置づけることによって責任を明確化できるとともに報酬等の待遇改善が図られるとも論じ、法改正による資格化の方向で検討されるべきという方向を提起した。

法改正に関して、障害保健福祉部の土生栄二障害福祉課長は「社会福祉士及び介護福祉士法」をあげる一方、新法の可能性も示唆した。

厚労省の考え方に、三上委員(日医常任理事)は「医師法17条の適用除外を図るために資格化するという考えはおかしい。通知で、対象行為を医行為から外すことでうまくいく」と反論、これに反論を加える委員との間で激しい応酬をくりひろげた。

大島座長(国立長寿医療研究センタ

一総長)の「新たな国家資格をつくるということではないですね」という問いに土生課長は回答を黙したが、厚労省は、最終的には資格化というかたちの法改正を視野に収めている。

了承された試行事業は、①痰の吸引(口腔内、鼻腔内、気管カニューレ内部)と経管栄養(胃ろう、腸ろう、経鼻)を行為範囲とし、②介護福祉士、訪問介護員、保育士等介護職員(特別支援学校では教員を含む方向)を対象に、③要件を満たす実施団体の手で、④50時間の講義・演習からなる基本研修を11月から始め、さらに、⑤特養、老健施設、有料老人ホーム、グループホーム、障害者支援施設等(通所施設及びケアホームを含み医療機関を除く)、訪問介護事業者(在宅)における所定の実地研修を来年1月をめぐりに開始し、⑥来年3月をめぐりにケアの試行に入る、というかたちで実施される。実施団体としては全国約40カ所の事業所を見込んでおり、要件を満たせば自施設で実地研修を行なうことができる。

重度障害者や難病患者の介護をしているヘルパー等は、すでに痰吸引や経管栄養を実施している。試行事業と今後の資格要件(研修受講等)化にあた



▲山井政務官は、長妻厚生労働大臣の代理で毎回検討会に出席している(7月22日)



▶ヘルパーに付き添われ、車椅子で、検討会を傍聴する難病患者・障害者(8月9日)

って、制度設計の考え方は、「不特定多数の者を対象とする安全性を標準とするが、特定の者を対象とする場合はこれと区別して取り扱う」とし、特定個人の生活支援をしてきた既存介護職の研修要件を軽減するなどして、新たな枠組みに取り込む方針だ。

試行事業については、実地研修の対象から医療施設が除外されている。しかし、委員からは、一般病棟である障害者施設等や療養病床の介護療養型に

おける実習を望む声が出され、事務局は検討すると答えた。看護師の二重化(特定看護師)に加え、医行為のできる介護職員の資格化は医行為実施者に三層、四層の構造をつくりだしかねない。医師、看護師が常駐する施設は適用外とされる規範が将来変わっていく可能性もある。介護職等に一定の医行為を認める問題は、まだ、検討すべき論点を多く残しており、今からでも十分議論をつくす必要がある。

社保病院と厚生年金病院の存続が2年延びる

「独立行政法人年金・健康保険福祉施設整理機構法の一部改正法案」が臨時国会の最終日に参議院で可決成立、社会保険病院や厚生年金病院の存続期限が2年延びた。

独法の年金・健康保険福祉施設整理機構(RFO)は、年金や健康保険の保険料を給付以外の施設建設等に投入しすぎているという批判を受けた小泉政権が、社会保険庁が設置者であった社会保険病院および厚生年金病院等の資産を譲渡、その整理統合を進めることを目的に、2005年10月1日付で創立したものの。

その際、RFOは設立5年後の10年9月末を存続期限とする時限的措置とされた。

しかし、昨年9月に政権をとった民主党は、社会保険病院と厚生年金病院を売却等整理・合理化する方針を転換。独立行政法人地域医療機能推進機構を設

立し、現在の独立行政法人年金・健康保険福祉施設整理機構から移管させ、地域医療に必要な施設として存続させる方針を決めた。

その後、地域医療機能推進機構法案は昨年10月末の臨時国会に提出されたが審議に至らず、今年の通常国会に再提出されたものの審議未了で廃案とさ

11年度予算 給付費2,500億円の適正化を見込む

8月2日の衆議院予算委員会で長妻厚生労働大臣は、2011年度政府予算における社会保障費の自然増(1兆3,000億円)はやむを得ないという認識を示す一方で、「他省庁以上に社会保障の削減に取り組んでいる」と強調、11年度予算において給付費で2,500億円、国費で740億円にのぼる削減が見込まれていることを明らかにした。

れたため、このままいけば、社会保険病院と厚生年金病院はRFOの廃止にもなって開設者を失い閉鎖となるどころ、衆議院議員の超党派の立法により、年金・健康保険福祉施設整理機構法に明記されている存続期間5年を7年に改める改正が実現したもの。

長妻厚生労働大臣は、8月11日付で、

この発言について、長妻大臣は、翌3日の閣議後記者会見で「これまでの適正化努力で、例えば、不正や過剰医療とかの金額について適正にしてきたということであり、生の部分を削ったということではない」と説明した。

大臣発言を受けて、厚生労働省は8月4日に、適正化による給付費削減額の内訳を公表した。

社会保険病院と厚生年金病院の院長宛にメッセージを発送し、「譲渡を行うに当たっても、①必要な医療機能が維持され、地域医療が確保されること、②地元住民や自治体の理解が得られること、といった条件が満たされることが必要である」とした上で、「今後、速やかに、各病院の地元自治体に意向の確認を行う等、きめ細かく丁寧に対応してまいります」と述べ、条件が整えば譲渡を進める可能性を示唆している。

それによると、医療保険の分野で、①保険医療機関に対する指導・監査の強化-40億円、②レセプト点検(医療保険)の徹底-1,500億円、③後発医薬品の利用促進-800億円、④医療扶助のレセプト点検の徹底-133億円、⑤レセプト点検(介護保険)の徹底(医療情報との突き合わせ、縦覧点検)-10.1億円等の給付費等の削減が見込まれ、最終的に給付費約2,500億円の削減、したがって一般会計からの支出約740億円が節減できるとしている。

清話抄

「生存していれば111歳であった方が、30年近く前に亡くなっていた事件」これをきっかけに100歳以上の方で、所在不明になっている方が次々と明らかになっていった。

行政の担当者は、調査の限界等「言い訳」をしているが、数か月、数年もすれば部署が変わり、後のことはまた先

延ばしとなるのであろう。

これが続いていくと「健康寿命世界一」という日本の偉業も、不正確なデータのもとに分析された結果となりあやしくなってくる。データをもとに解析して、様々な問題を解決していくことは大切なことである。

しかし、その根拠となるデータに誤りや虚実があると全く違った解決法が選択される確率が高くなる。そして、取り返しがつかない結果となる。例え

ば、「2次医療圏」の設定と急性期と慢性期を無視した基準病床数により、取り返しのつかない結果となっている地域がある。

また、高齢者の孤独死も年々増えている。これを叩いている御住職は「みんな知っているのに、見ないふりをしてるんです」とインタビューで答えていた。

参議院選が終わった。結果は御存じのとおりである。どの党が政権をとる

うが構わないが、社会保障と教育だけは、超党派できちんと先送りにせずに議論していただきたい。

「社会保障が大切」であるという総論賛成、しかし、与党が論じる各論には反対という各野党の党首の発言は、日本の将来のことを考えているとは思えない。また、「知っているのに、見ないふりをしてる国民」はいかかなものであろうか。

(勝)

主張

喫煙の有害なデータは枚挙に暇がない。 国や自治体は健康増進法を改正し、公共の場での 受動喫煙防止を義務化すべきではないか。

厚労省は今年2月に、受動喫煙の被害を防ぐため、病院や飲食店などの公共施設を原則として禁煙とするように各地方自治体に通知した。神奈川県では病院や学校、飲食店などを含め公共的な施設での喫煙を規制する全国初の「受動喫煙防止条例」が早速4月から施行され、禁煙が完全分煙かを罰則つきで義務付けられた。神奈川県の松沢知事の英断に敬意を表する。

タバコは約200種類の有害物質を含み、肺気腫や肺癌などの原因となり、手術後の深部静脈血栓症のリスクを高めることも知られている。最近、

フィンランド・ヘルシンキ大学のアルト・Y・ストランドベルク博士のグループが1919年～34年に生まれた男性1658人を対象に26年間追跡調査した。「その間372人が死亡、一度も喫煙経験のない人は、1日に20本以上の喫煙習慣がある人に比べて寿命が平均で10年長く、高い身体機能を維持しQOLの面で優れていた」と発表している。

このように喫煙や受動喫煙の有害なデータは枚挙に暇がないのに何故タバコが禁制品にならないのか、タバコ1箱1,000円説や増税の提案は多いが国は腰が重い。広島県では、医

師会がタクシー内および公共施設での全面禁煙を実施するように県と市に強く要望してきた。全国37番目と遅まきながら、4月からタクシー内禁煙が実施された。

当院は平成15年に喫煙ルームを完全撤廃し、敷地内禁煙に踏み切った。当初、抵抗患者が車椅子に乗って玄関に群れて喫煙していた。毎朝7時20分より禁煙の全館放送を根気よく続けて、漸く功を奏してきて病院周辺等での喫煙者や吸殻をほとんど見かけなくなった。早朝や夕方、某企業病院や自治体病院の敷地内周辺で点滴台をかかえ、車椅子や松葉杖の患

者が群れて喫煙している光景に遭遇するがなんとも情けない。喫煙者の権利は尊重するとしても、入院加療を要する患者の喫煙は如何なものか。

国や自治体が国民の健康を守るために健康増進法を改正して、公共施設における受動喫煙防止を義務にすべきである。患者のモラルの向上にも役立つと思う。

読み人知らずの川柳を拝借し、訴えとしたい。(H)

「院内も、敷地もタバコはOFFモード」
「病院の、禁煙ルール守って、さわやか退院」

厚労省 転換先に「看護師配置を行う特養類型」を提起

介護保険部会 社会医療法人に加え、転換した医療法人に特養経営を認める案も

7月26日から制度改正の議論を開始した社会保障審議会介護保険部会は、7月30日の部会で「給付の在り方(施設・住まい)」について議論、①今後の介護保険施設の機能やあり方、②有料老人ホームと生活支援付き高齢者住宅のあり方、③低所得者への配慮(補足給付)のあり方、④療養病床再編成と施設の設置主体について、事務局(厚労省老健局総務課)から論点提起を受けた。

2011年度いっぱいまで廃止が決まっている介護療養病床に関して、事務局は、「病床転換後に患者の望ましい居場所が確保できるのかと懸念する声がある」という視点と「仮に転換を凍結した場合に、本来介護保険施設で処遇されるべき患者が療養病床で処遇される、いわゆる社会的入院につながるおそれがある」という賛否両論を提示した上で、厚労省が実施している医療・介護横断調査の結果をまっぴら議論したいと提案、了解を得た。

その際、今年6月15日までに、介護療養病床の162施設(6,277床)が転換を終えており、その46.4%が介護療養型老健に、37.7%が従来型老健に転換、両者を合わせると転換した施設の84%に達していることを明らかにした。

さらに、介護療養病床は、06年4月の12万700床から10年4月には8万9,000強と病床数を3/4に減らしていることを報告した。

また、事務局は、介護療養病床廃止を含む療養病床再編施策に対する最終判断を導くために実施している「医療施設・

介護施設の利用者に関する横断調査」の規模に触れ、一般病棟(13対1・15対1)、医療療養、障害者施設・特殊疾患病棟、在宅療養支援病院・診療所、介護保険3施設の計1万6,000施設にのぼる大規模調査で、患者と入所者の状態像を共通尺度を用いて実態把握に努めていることを明らかにした。

調査は6月に行なわれ、7月7日に調査票の回収を締め切り、8月内の集計をめどに作業が進められている。

また、「施設の設置主体」に関する論点として、事務局は、①特養経営に社会医療法人参入を可能とするべきか、②介護療養病床からの転換先として看護師配置を行う特養類型を作るべきか、③転換を決めた医療法人については特養の設置を認めていくことも必要か、という論点を提起した。

特養に関しては、「医師の必置規制を緩和し、配置医師がいない場合には、外部のかかりつけ医の診療を認めることとしてはどうか」という論点提起も行った。

同日の介護保険部会は特養の個室ユニットのあり方や他居室との併設のあり方などの議論に費やされたが、介護療養病床の転換先に特養を加えていくという案は、前出調査結果がまとも次第、本格的な議論になるものと思われる。



入居者の状態像の変化に合わせて、柔軟に医療サービス等を提供できるようにすべきではないか。

施設における医療サービスについては、職員配置の実態を踏まえた上で内付けで行うべきものか、外付けで行うことが可能なものか、再整理が必要ではないか。

例えば、特養における医師配置については実態を踏まえ、医師の必置規制を緩和し、配置医師がいない場合には、外部のかかりつけ医の診療を認めることとしてはどうか。

■施設の設置主体に関する論点
・「規制・制度改革に係る対処方針」(10年6月18日閣議決定)において、特別養護老人ホームへの社会医療法人参入を

可能とする方向で検討、結論を得ることとされている。また、「社会福祉法人と同程度の公益性及び事業の安定性・継続性を持つ法人の参入を可能とすることの是非について検討する」こととされている。公益性、安定性、継続性の観点から、どのような法人を比較・検討の対象としていくべきか。

また、介護療養病床型施設からの転換が進まないなかで、①介護療養型病床からの転換先として、転換型介護老人保健施設と同様に医師、看護師配置を行う特養類型を作り転換を進めていくべきか、②介護療養病床からの受け入れ先を拡大するため、転換を決めた医療法人については特養の設置を認めていくことも必要か。

■療養病床からの転換状況 (2010年6月15日現在)

介護療養型老人保健施設に転換した施設(2008年5月～)	75施設 (3,612床)
従来型老人保健施設に転換した施設	61施設 (2,012床)
特別養護老人ホームに転換した施設	7施設 (274床)
有料老人ホームに転換した施設	5施設 (198床)
認知症高齢者グループホームに転換した施設	12施設 (156床)
高齢者専用賃貸住宅に転換した施設	2施設 (25床)
合計	162施設 (6,277床)

■療養病床数の推移 (「病院報告」より)

	医療療養病床数	介護療養病床数	療養病床数 計
2006年4月(確定)	263,742	120,700	384,442
2010年2月(概数)	262,119	89,033	351,152

□医療施設・介護施設の利用者に関する横断調査 (10年6月実施。7月7日締切)

*療養病床等の入院患者と施設入所者の状態像を、共通尺度を用いて横断的に把握
○調査対象 医療保険施設 一般病棟 13対1・15対1 (約2,000施設)
医療療養病棟 (約4,000施設)
障害者施設・特殊疾患病棟 (約1,000施設)
在宅療養支援病院・診療所 (約3,000施設)
介護保険施設 介護療養型医療施設 (約2,000施設)
介護老人保健施設 (約2,000施設)
介護老人福祉施設 (約2,000施設)
○調査内容 患者・入所者の入院/入所の理由、入院/入所前の状況、現在の状態、今後の見通し、今後の希望、医療の提供状況等

7月30日の介護保険部会に提示された厚労省の資料から

□介護療養病床に関する論点

介護療養病床の転換については、
・転換後の患者の望ましい居場所が確保できるのかということについて懸念する声がある。

・一方、仮に転換を凍結した場合、本来介護保険施設において処遇されるべき患者が療養病床で処遇される、いわゆる「社会的入院」につながるおそれがある。

□施設の設置主体に関する論点

1. 規制・制度改革に係る対処方針(2010年6月18日閣議決定)において、特別養護老人ホームへの社会医療法人参入を可能とする方向で検討、結論を得ることとされている。また、「社会福祉法人と同程度の公益性及び事業の安定性・継続性を持つ法人の参入を可能とする

ことの是非について検討する」こととされている。公益性、安定性、継続性の観点から、どのような法人を比較・検討の対象としていくべきか。

2. また、介護療養病床型施設からの転換が進まないなかで、

i. 介護療養型病床からの転換先として、転換型介護老人保健施設と同様に医師、看護師配置を行う特養類型を作り転換を進めていくべきか。

ii. 介護療養病床からの受け入れ先を拡大するため、転換を決めた医療法人については特養の設置を認めていくことも必要か。

□施設類型のあり方に関する論点

・現行制度では、介護保険施設類型によって医療サービス等が規定され、外部からのサービス提供に制約があるが、

平成24年度診療報酬・介護報酬同時改定はどうか？

新たな入院基本料の提案
多科受診にかかる病院負担と再診料
訪問看護と訪問リハの両保険給付の整理
認知症患者を診る施設と報酬
看護・介護の問題、介護療養の廃止問題……

各病院団体が分担して調査・検討、次期W改定に備える



副会長 医療保険・診療報酬委員会委員長 猪口雄二
(日病協 診療報酬実務者会議委員長、四病協 医療保険・診療報酬委員会委員長)

調査データが重要。会員施設の協力を乞う

まだ、平成22年改定が終わったばかりで、その検証・総括も終わらない現時点において、次期改定のことを言うのはいかなものかと思う。しかし、平成24年改定は医療・介護同時改定であり、将来にわたる日本の医療・介護提供体制を導く最も重要な改定になると考えられる。しかも、医療法改正も平行して行われる可能性が高い。したがって、我々病院団体としては、できるだけ早期に準備をしておくべきであると考えられる。「まだ2年ある」のではなく、「もう2年も無い」のである。

では、次期改定のポイントはどこにあるのか。まず、診療報酬であるが、病床種別に関して、従来の一般病床・療養病床という分け方に対して、急性期・亜急性期・慢性期という分け方へ移行させる視点が、よりはっきり打ち出される可能性があると考えられる。

今回、平成22年の改定では急性期・救急へ重点的に配分された。この傾向は次回も続くであろうし、それは、急性期・救急の集約化、DPCの充実という形になるであろう。

亜急性期に関しては、全日病が提唱してきた「地域一般病棟」がより具現化できるよう努力したい。地域に密着し、在宅療養を支え、介護施設の医療を提供し、必要に応じて入院ができる。急性期基幹病院からはリハビリテーションや引き続き入院を受け入れて地域に戻すという、まさに、「連携」を中心とした病院(病棟)である。ここには、2次救急・救急指定も大きく関与する。

また、慢性期については、医療療養病床の充実がさらに求められよう。同時に、現在一般病棟である障害者病棟や特殊疾患病棟は慢性期に位置づけられることになり、90日超除外規定患者中心の一般病棟も慢性期に移行させら

れる可能性が高いと考える。

そして、次期改定と同時に、介護療養病棟は廃止となる予定である。その決着は近日中につくといわれているが、法的決定のとおりに進められるのであれば、我々としては、医療療養病床と介護療養型老人保健施設ともに、その内容を見直すよう求めなくてはならない。

その1つは、主として介護療養病床が受け持っていた医療必要度の高い患者を今後医療療養病床で診る場合、医療区分が1とされることが多く、ここにおける医療区分の見直しが必要となるという点である。また、介護保険施設における必要医師数の問題、外部の医療をどのように活用するか、という点も問題になろう。

また、医療と介護の支払い区分も見直しが必要となるであろう。これは、訪問看護・リハビリテーションなどが対象となる。特に訪問看護については、より医療保険の対象を広げ、もって医療的立場から在宅療養を支えるようにするという点が重要なポイントになるのではないだろうか。

現状は訪問看護を志望する看護師が大変不足している。魅力ある訪問看護のあり方を大いに論じる必要がある。

このように、多くの論点が提起されるであろう平成24年改定にあたり、我々は、まず、論点の整理をしなくてはならない。

この作業は、すでに、日病協の診療報酬実務者会議、四病協の医療保険・診療報酬委員会、そして全日病の医療保険・診療報酬委員会において着手されているが、それぞれに異なったテーマで議論が進められている。

現時点における、各委員会の議論を報告しよう。

病院再診料のあり方につながる多科受診の負担

□日本病院団体協議会 診療報酬実務者会議における議論

日病協の診療報酬実務者会議は、前改定に際して、つごう3回の要望書を提出した。その結果、要望した改定課題に対して、まずまずの成果が上げられた。

現在、実務者会議は、24年改定に向けて4つのテーマで議論を進めている。

◆根拠に基づく診療報酬算定方式の創設を求める

かねてより力説しているように、日本の診療報酬、特に入院基本料はEBMに基づくものではなく、長年の政治力によって変遷してきたものである。この問題については前改定でも中期的課題に位置づけ、医療課に対する要望を繰り返したが、取り上げられるには至らなかった。

日病協は早期のコスト実態調査が必要と考え、しかも、それは厚労省の調

査実施能力に依存することが現実的と考え、今年6月に調査に取り組むよう要望書を提出したところ、なんとか本年も「医療機関の部門別収支調査」を実施することが決まった。その結果などから、新たな入院基本料の提案に結び付けていきたいと思っている。

◆病院における多科受診負担と再診料のあり方

多科受診については、正直なところ実態が不明である。レセ上、2科目以降の請求ができないためにデータを持つ病院が少ないのである。実務者会議は日本病院会にデータ収集を要請、現在、傘下病院の協力を得て調査が実施されているところであり、その集計を待って結果を公表する予定である。

22年改定で診療所と200床未満の病院の再診料は同一化されたが、この調査結果によって無料診察の実態が明らかになれば、病院の実際の再診料がどのようになっているかははっきりするであろう。

◆医療保険と介護保険の支払い区分をどうするか

同時改定である24年改定は、医療保

険と介護保険の整理と円滑な連携を実現する上で、きわめて重要な見直し機会となる。実務者会議としては、とくに、医療保険と介護保険の支払い区分の整理を重視し、現在、訪問看護と訪問リハの両制度における差異を調査している。調査データを踏まえ、今後、これらのあり方について要望していくことになる。

◆認知症はどの施設で診ることが望ましいか

現在、精神病棟、認知症治療病棟の他、一般病棟も含む医療・介護施設の多くで認知症患者に対応しており、今後その数は増加することが明らかである。

全日病が22年度に日本慢性期医療協会の協力を得て行なった「認知症を持つ要介護高齢者への適切な医療・ケアの構築に関する調査」は、認知症患者の医療・ケアには病棟種別に関係なく、非認知症より多くの手間がかかっていること、同時に、認知症の状態により適正な施設利用を促進する必要があることを明らかにしている。

したがって、次期改定では、認知症加算などについても要望してゆきたい。

四病協は一般病棟における看護・介護の問題を議論

□四病協 医療保険・診療報酬委員会における議論

四病協の医療保険・診療報酬委員会では、主として看護・介護の問題を議論している。現在は、日本医療法人協会が中心になり、看護師の再就職支援に対する、講義とOJT方式による支援コースの設定などを議論している。

また、一般病棟における24時間介護の必要性、他医療機関受診のあり方なども取り上げ、鋭意検討中である。

□全日病 医療保険・診療報酬委員会における議論

本会の医療保険・診療報酬委員会は極めて機動力が高く、また、会員病院も調査に協力的であることから、短期間で各種のデータ収集が可能としている点を誇っている。

当委員会が直近で取り上げた検討テーマは介護療養病床廃止に対する対応と要望事項などであるが、これについては、介護保険制度委員会と合同で数次にわたり議論を重ねた。

また、本会が日病協や四病協の委員会に提出する資料の多くは、この委員

会で議論を先行させた上で、作成を手がけている。全日病は西澤会長を中医協委員に送り出しているが、次期改定においても、本委員会が改定要望課題の先頭に立つものと期待している。

以上述べたことは、多くが議論進行中のものであるが、どの項目も24年改定において重要な事柄である。現在、厚生労働省は、長期患者の実態に関する医療・介護の横断調査、医療機関の部門別収支調査、DPCに関する影響調査や新係数に関する調査、平成22年度改定検証調査など、診療報酬に限っても多くの調査が進行している。

8月末には中医協において、診療側委員が提起する次期改定に向けた調査の実施が日程化されることであろう。こうしたあまたの調査結果を踏まえつつ、病院団体として獲得する独自データを基に、根拠に基づいた改定要望を行っていきたく考えている。

今後も、多くの関係者の意見を様々な形で集約し、有益な提言・要望を行ってまいりたい。

「救急認定薬剤師」の養成と資格認定に着手

日本臨床救急医学会が認定。12年春に1回目の認定試験

日本臨床救急医学会(代表理事・有賀徹昭和大学医学部教授)は7月7日、「救急認定薬剤師制度」を設けるとの方針を発表した。日本病院薬剤師会の協力を得つつ、「救急治療における薬物療法に関する高度な知識、技術、倫理観を備えた認定薬剤師」を養成、同学会として認定するというもの。

すでに、昨年12月の理事会で制度の骨格をなす諸規定の決定を終えており、今後、単位履修を認める学術集会など認定細部の規定を煮詰めるとともに、2012年春に実施する第1回認定試験に向けてテキスト編集などの作業を進め

る、としている。

2008年度の診療報酬改定で、救命救急、特定集中治療室、ハイケアユニット等の患者に算定する薬剤管理指導料が別分けされ、点数が350点から430点へと引き上げられたこともあって、救急現場における薬剤師の配置が増えている。医師を筆頭にマンパワーが不足している救急は多職種が参画するチーム医療の実践がとりわけ求められているが、質の高い薬剤師を確保して、より質と安全の確保に努めるというのが「救急認定薬剤師」認定の目的だ。

構想によると、「救急認定薬剤師」の

認定資格は、①薬剤師免許を有し、5年以上の実務経験と救急治療における薬物療法に2年以上従事していること、②同学会の正会員歴2年以上、③日病薬の生涯研修履修認定薬剤師、日本医療薬学会の認定薬剤師、薬剤師認定制度認証機構の認定薬剤師あるいは日本臨床薬理学会認定薬剤師であること、④医療機関における救急薬物療法に参加した25以上の症例を報告できること、⑤申請時にICLSコースの受講もしくはBLS/AEDコースの指導経験があること、⑥同学会研修委員会が指定する学術集会・研究発表などで別定単位数を

履修していること、からなる。

ICLSコースとは日本救急医学会が実施している蘇生トレーニングコース。BLS/AEDコースとはBLS(1次救命処置)およびAED(自動体外式除細動器)を一体に学ぶ医療従事者向けの講習会を意味している。

日本臨床救急医学会の正会員は6月18日現在で2,878名。医師1,967名のほか、看護師390名、救急隊員224名、薬剤師、臨床検査技師、臨床工学技士、診療放射線技師、救急救命士、MSW、事務職などの他職種297名からなる。

さらに、全国の消防本部とその関連団体94機関が会員登録。専門医を認定・管理する医師限定の日本救急医学会とは異なり、まさに、救急臨床を支える各職からなる異色の学会になっている。

ユニット型個室基準を10.65m²に緩和

介護給付費分科会 利用料と報酬引き下げを予定。特養の全国整備を促す

7月29日に開かれた社保審・介護給付費分科会に厚生労働省は、特養(地域密着型を含む)、老健、介護療養型におけるユニット型個室の1人あたり居室面積基準を、現行の「13.2m²以上」から多床室と同水準の「10.65m²以上」に引き下げるとする省令改正案を諮問した。

委員からは全国一律で基準を引き下げること疑問の声も上がったが、同分科会はこれを了承する旨答申した。省令改正案は、8月6日に受付を開始した意見募集を経て、9月に施行される予定だ。

ユニット型の類型は各施設のショートステイにも設けられているが、短期入所生活介護(特養)の面積基準は従来から10.65m²であり、短期入所療養介護(老健・病院)に関しては単独での面積基準がないことから、省令改正の対象外となる。

分科会に、事務局(厚労省老健局老人保健課)は、特養のユニット型個室を基準緩和した場合のコスト削減試算を示した。それによると、建設費用と借入利息の減少によって、1施設当たり総額約4,760万円の節減が見込まれ、1人あたりの月額の利用料は、平均利用額6万7,000円の4%に相当する約2,880円の軽減が実現すると見込まれる。

さらに、廊下幅を、建築基準法相当の片側居室1.2m、両側居室1.6mまで30cm狭めた場合は1施設当たり約7,140万円の削減が見込まれ、その場合の月額利用料は約4,300円となり、約6%の負担軽減になるとしている。廊下幅の変更は、2000年成立の地方分権一括法によって、現在は都道府県条例の制定

で可能となっている。

ユニット型個室の基準に対しては、用地確保とコストの両面から負担の緩和を望む声が以前から絶えなかったが、入所者や待機組の間にもユニット型個室の料金引き下げを望む声は高まっていた。

民主党はマニフェストでユニット型個室の推進をうたっているが、政権後、「自己負担が高く低所得者が入りにくい現状は特養のあり方としてどうか」という声に配慮せざるを得なくなり、今年に入り、長妻厚生労働大臣は国会答弁などで早くから見直し緩和の意向を表明していた。

その背景には特養の整備を促進加速させるという方針もある。昨年9月の厚労省調べによると、第3期介護保険事業計画期間(06-08年度)に全国の自治体が手がけた特養の整備は計画の5万847床に対して3万7,232床と73%の達成率にとどまった。グループホームと介護保険3施設の合計では目標の45%と、きわめて低い達成率である。

この結果を受け、厚労省は第4期計画(09-11年度)期間における実績と目標をチェック、目標の16万人分を達成するために、各都道府県に、09年度と10年度の2ヵ年で計8.7万人分を4期計画とは別枠で緊急整備するよう求めた。対象は、特養、老健、認知症グループホーム、ケアハウス(特定施設入居者生活介護)、小規模多機能型居宅介護事業所。

その際、特養整備に関しては、既存特養の増床対応も積極的に検討するよう各都道府県に要請している。

しかし、昨年12月の厚労省発表によると、特養の待機者数(入所申込者数)

は42万1,259人に上り、06年調査の38万5,000人から3万6,000人強も増えている。

そこで打ち出した1つの対策が今回の基準緩和である。同省は、今回の措置によって、特に都市部における特養整備が進むものと期待している。

第3期介護保険支援(事業)計画策定の際の基本指針は、14年度における特養の入所定員中、ユニット型の比率を70%以上にすることを謳っている。今回の措置は、その目標を達成しつつ全

「一部ユニット型」も解禁か

介護給付費分科会は、多床室とユニット型個室の併設施設(一部ユニット型)の取り扱いについても見直しを検討する。

一部ユニット型に関しては、現在、個室部分の介護報酬を従来型で算定する仕組みとなっているが、主に都道府県から、こうした取り扱いの見直しを求める要望が出ている。一部の県では、独自の解釈にもとづいて個室部分にユニット型個室の報酬算定を認めており、「過払い」ではないかという疑義が生じているが、これに追随する動きが広まりつつある。

7月29日の分科会に、事務局は、全国で特養と老健合わせて35施設の併設施設が指定済であるという調査結果を示すとともに、こうした一部ユニット型について検討を進めることを提案。8月に地方公共団体と関係有識者を対象としたヒアリングを実施、9月上旬に「報酬返還の考え方」および「今後の一部ユニット型施設のあり方」を検討するというスケジュールを提示した。

体の量的確保をなしとげるといものだが、基本的には、廊下幅を含めて各都道府県の裁量に委ねる方向に向かうものとみられる。

しかし、同日の議論では、一部の委員からは、面積基準引き下げにともなう12年度改定でユニット型個室の介護報酬が引き下げられるのではと懸念する声も出たように、全国的な基準を緩和しても報酬が全国一律である現状と整合しないという問題が残っている。

厚労省は、特養待機者の多い都市部を中心に多床室に対するニーズが増加していることを認めており、緊急避難として、「地域の実情を踏まえ、各都道府県等でユニット型以外の施設も含めて整備するという判断も必要」(担当官)としている。

第3期介護保険支援(事業)計画策定の際の基本指針では、14年度の介護保険3施設の入所定員中、ユニット型個室の比率を50%以上とする目標が打ち出されている。

一部ユニット型を推進することでユニット型個室そのものを増やしていくという意図も読み取れるが、政府が6月に閣議決定した規制改革事項には、「第5期介護保険事業計画(2012~14年度)から、各都道府県が地域の実情に応じて策定可能とする」ことが盛り込まれており、「50%以上とする目標」は、なし崩し的に各都道府県の対応に委ねる方向に向かうものとみられる。

「介護職員等によるたんの吸引等の実施のための制度の在り方についての今後の議論の進め方及び具体的方向」(概要) 8月9日 ※1面記事を参照

■制度の在り方の具体的方向

1. 対象とする範囲について

(1) 介護職員等が実施できる行為の範囲

○これまで運用により許容されてきた範囲を対象とする。

・ たんの吸引(口腔内、鼻腔内、気管カニューレ内部)

* 口腔内は咽頭の手前までを限度とする。

・ 経管栄養(胃ろう、腸ろう、経鼻)

* 胃ろう・腸ろうの状態確認、経鼻経管栄養のチューブ挿入の確認は看護職員が行う。

○上記は将来的な対象行為の範囲拡大の道を閉ざすものではない。

○上記範囲の行為であっても、ターミナル期や状態像変化等により介護職員等が実施することに適さない事例もあり、介護職員等が実施可能かどうかは、個別に医師が判断する。

(2) 実施可能である介護職員等の範囲

○一定の追加的研修を修了した介護職員等(介護福祉士、訪問介護員、保育士その他の介護職員。特別支援学校では教員を含み得る)とする。

(3) 実施可能である場所等の範囲

○以下を対象とする。

・ 介護関係施設(特養、老健施設、グループホーム、有料老人ホーム等)

・ 障害者支援施設等(通所施設及びケアホームを含み、医療機関を除く)

○特別支援学校についても検討を進める。

○在宅を含み、いずれも医療職と介護職等の適切な連携・協働が可能な場合に認める(在宅の場合は訪問看護事業所との連携・協働を含む)。

2. 安全確保措置について

(1) 医師・看護職員と介護職員等との連携体制の確保等の要件

○現行の運用による対応も踏まえ、下記のような要件を設定する方向で検討する。

・ 本人・家族の同意

・ 医療職との適切な役割分担、継続的な連携・協働

・ 関係者による連携体制の整備

・ マニュアル・記録の整備

・ 緊急時対応の手順、訓練の実施等

○施設や研修等の監督、サービス提供体制の整備など、行政の関与のあり方についても引き続き議論を行う。

(2) 教育・研修の在り方について

○介護福祉士を含め、一定の追加的研修等を行った者に限り認める。

○教育・研修は基本研修と実地研修とし、実地研修は可能な限り施設、在宅等の現場で行う。介護療養型で実地研修を行うことも可能。

○現場で対応可能なカリキュラムとする。

○研修効果の評価を行い、評価結果を踏まえ必要な対応を行う。

○不特定多数の者を対象とする安全性を標準とするが、特定の者を対象とする場合はこれと区別して取り扱う。

○教育・研修は介護職員等の既存の教育・研修歴等を考慮することができる。

3. 試行事業について

○不特定多数の者を対象とし、別添資料のとおりする。

○具体的な制度、教育・研修のあり方は、試行事業も踏まえ更に検討する。

■今後の議論の進め方

1. 基本的な考え方

○医行為に関する現行考え方の変更を行う議論は当検討会の役割ではなく、関連の閣議決定を踏まえ、年度内のできるだけ早い時期に結論を得る。
○検討中の具体案と現行医事法制との

整理は現時点では別紙のとおりであるが、引き続き、議論を行う。

2. 主として考慮すべき事項

○現行の違法性阻却論による運用の下で行われていることができなくなるなど不利益な変更が生じないように配慮する。

○介護サービス事業者の業務として実施することとするなど、介護職員等の処遇改善に資する方向で議論を進める。

○教育・研修の在り方として、不特定多数の者を対象とする安全性を標準とするが、特定の者を対象とする場合はこれと区別して取り扱う。

○医療・介護サービス、その連携、報酬等のあり方など関連する事項は所管審議会等での議論が必要であるが、当検討会としても、引き続き意見交換を行い、必要に応じて提言を行う。

■現行の医事法制との関連の整理(議論のための中間的整理)

1. 現行の医事法制及び関連事項の取扱い

○厚労省として、「医業」とは、当該行為を行うに当たり、医師の医学的判断及び技術をもってするのでなければ人体に危害を及ぼし、又は危害を及ぼすおそれのある行為(医行為)を、反復継続する意思をもって行うことであると解している。(平成17年7月26日付 医政局長通知)

○保健師助産師看護師法第31条で、看護師が行う医行為は「診療の補助」行為に位置付けられるものと解釈されている。

○判例・学説でも上記と同様に解されており、医師法第17条等の背景にある無資格者による医業を規制するとの趣旨から、行為の危険性は、個別個人に

対する具体的危険ではなく、抽象的危険でも規制の理由とするに足りるとされている。

○医事法制上は、医行為とそうでない行為の間に第三の行為類型は存在せず、安全性を確保する教育・研修を義務付ける必要がある行為を「医行為でない行為」と整理することはできない。

(注)平成17年7月26日付医政局長通知は医行為でないと考えられるものを列挙、一定の研修や訓練が行われることが望ましいとしているが、これはあくまで解釈通知であり法的制度ではない。

○医行為を医師・看護師以外の者が行うことができることとする場合には、医行為の一部を、医師の指示の下に行うことができる国家資格を設けるとされてきた。(例:救急救命士)

○これまで、当面のやむを得ず必要な措置(実質的違法性阻却)として、在宅・特別養護老人ホーム・特別支援学校で介護職員等が一定の行為を実施することが認められてきた。しかし、こうした対応は法的に不安定である、在宅ではホームヘルパーの業務に位置づけられていないことなどから実施に当たって介護職員等が不安を感じている、グループホーム・有料老人ホームや障害者支援施設等では対応できていない等の課題が指摘されている。

2. 現在検討中の具体案の位置づけ

○たんの吸引(口腔内、鼻腔内、気管カニューレ内部)、経管栄養(胃ろう、腸ろう、経鼻)は、現行の整理では医行為に該当する。

(注)たんの吸引(口腔内)については咽頭の手前までを限度、胃ろう・腸ろうの状態確認、経鼻経管栄養のチューブ挿入状態の確認は看護職員が行う。

(5面下段に続く)

着実に雇用増を実現する医療・福祉産業！

他産業を上回る「入職超過」。介護報酬引上と処遇改善交付金の効果

厚生労働省が8月5日に発表した「2009年雇用動向調査結果の概況」によると、09年の医療・福祉産業における常用労働者の入職率は18.7%であった。これに対して離職率は15.5%にとどまったため、入職率が3.2ポイント上回った。

発表された14産業では「金融業・保険業」など7産業で入職率と離職率の差がプラスとなったが、その中で、医療・福祉がもっとも高い入職超過を示した。

入職率および離職率には、事業所新設にともなう雇用増や閉鎖等による減少は含まれてなく、現行事業枠内の雇用動向を捕捉している。

医療・福祉における09年の入職者は94万人、そのうち65万人が転職による就業であった。他方、離職者も78万人に達しているため16万人の入職超過となり、入職83万人(入職率18.3%)、離職74万人(離職率16.3%)、入職超過9万人(2.0%)であった08年から大幅な改善となった。人員増を目的とした介護報酬のプラス改定と処遇改善交付金の影響が表われたためとみられる。

毎月勤労統計調査の09年分結果(確報)によると、09年の、パートタイムを含む医療・福祉産業(事業所規模5人以上)の労働者数は515万人と、前年より4.1%

増えている。全産業の増加率は0.2%に過ぎず、医療・福祉は同調査で表わされた14産業の中でもっとも大きい増加率を示した。常雇用の労働者に限っても3.3%と、「複合サービス事業」に続く増え方を示した。

同調査による入職率の差も、医療福祉は0.28ポイントと、教育・学習支援業の0.20、金融・保険業の0.21を上回り、

医療・福祉 01～06年に106万人の雇用を創出！

「2010年版労働経済の分析」は「2001年から2006年にかけて、医療・福祉で約106万人の雇用増加がみられた」と指摘、医療・福祉が雇用拡大に大きな力を発揮したことを明らかにしている。

さらに、「今後、雇用が拡大すると期待される分野として、新エネルギー・省エネルギー関連分野、環境関連分野、医療・福祉関連分野、新製造技術関連分野をあげる企業の割合が高い」と産業界の見方を紹介。各種データから「今後は、新エネルギー・省エネルギー関連分野、環境関連分野、医療・福祉関連分野などが雇用の拡大分野とし

全産業でもっとも高い入職超過を示している(全産業の平均は-0.07ポイント)。

医療・福祉分野が09年の雇用に寄与した実績は、厚労省が8月3日に発表した「2010年版労働経済の分析」における09年の雇用者数動向分析(前年同期比)でも取り上げられ、「製造業、サービス業(他に分類されないもの)、建設業で減少の寄与が大きかった一方、医療・福

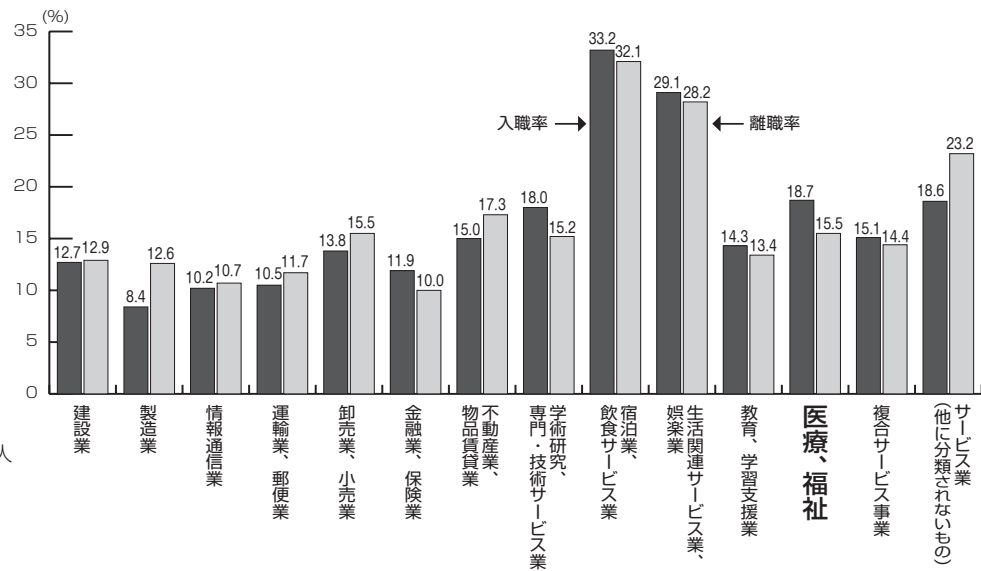
祉では増加の寄与が大きかった」と分析されている。

処遇改善交付金の活用は10年に入って増えている。10年度からは診療報酬のプラス改定を反映した急性期病院における事務や看護補助などの職員を相当する動きが広がるとみられ、医療・福祉における雇用の増加は景気の回復を牽引する可能性がある。

て期待されている」という認識を導き、高齢化社会に向かう中、医療・福祉が産

業循環により重要な役割を果たす産業に位置づけられると結論づけている。

□2009年の産業別入職率・離職率 (2009年雇用動向調査結果の概況)



□医療・福祉における2009年常用雇用・労働異動率 (事業所規模5人以上) 単位：千人

労働者総数		一般労働者		パートタイマー		入職率		離職率	
	前年比		前年比		前年比		前年比		前年比
5,150	4.1%	3,770	3.3%	1,380	6.2%	2.15%	0.02ポイント	1.87%	-0.07ポイント

※毎月勤労統計調査09年分(確定)より

訪問リハの伸びが際立つ。改定の影響が顕著

09年度介護給付費実態調査 減少が続く療養病床。介護療養は入院・短期利用とも前年比マイナス

厚労省が7月29日に発表した「2009年度介護給付費実態調査結果の概況」によると、2009年度(09年5月～10年4月までの審査分)における、予防を含む介護サービスの受給者は延4,718万3,000人、実数(1度でもサービスを受けた被保険者の数)は468万8,000人であった。

09年4月の介護報酬改定を挟んで比較すると、延利用者の改定前年08年度からの増加率は4.1%(実数で3.3%)であったが、改定後09年度の対前年比増加率は延利用者数が4.0%とほぼ横ばいであったのに対して、実利用者数は3.8%と0.5ポイント増えている。自然増などから実利用者は増えたが、介護報酬が上がったため利用回数は伸び悩んだという傾向が出た。

一方、延利用者数の対前年増加率をサービス別にみると、居宅サービスでは、訪問介護1.7%、訪問看護3.6%、訪問リハ12.1%、通所介護6.8%、通所リハ2.4%と、訪問リハの伸びが際立って大きい。20分単位制を導入するとともに、老健

施設で通所リハを終えた者に訪問リハの実施を認めたり、短期集中リハ実施加算を改善するなど、その拡充に努めた結果がうかがわれる増加率だ。

これと対照的なのが老健と病院のショートステイで、いずれも09年度の延利用は08年度より減少した。

短期入所療養介護(老健)の場合は、延利用者が08年の60万6,800人から09年は60万5,700人と0.2%ながら落ち込み、病院にいたっては5万4,200人から5万100人と7.6%もの減少をみせた。

介護療養型に関しては病床自体が減少をたどりつつある上、元々ショートステイの比重は小さい。老健施設については、特養と異なり、ショートステイの入所枠を確保していないことから、本来利用の増加にともなって減少する結果となった。実際、老健施設の09年の本来利用(実利用者数)は8.3%伸びている。

施設サービスは老健施設とともに特養も一定の増加をみせたが、ひとり、

介護療養型医療施設だけは延人数が122万1,500人(実数15万9,200人)から111万7,500人(同14万6,100人)へと、8.5%(実数ベースで8.2%)も落ち込んだ。

8月5日発表の医療施設動態調査によると、今年5月末現在の療養病床は33万3,076床と前月比333床減り、08年12月の34万8,624床から18ヵ月連続の減少と

なった。4月に4,000を切った療養病床を有する病院数も3,976まで落ち込んだ。

介護療養型医療施設の廃止したがって療養病床再編が決まり、診療報酬上の措置(7月)が取られる直前06年5月の35万6,548床(4,342病院)から、病院数で366(8.4%)、病床数で2万3,472床(10.3%)減ったことになる。

病院総数は8,692と、9,000を割り込んだ06年5月の8,997から300強減ったが、一般病床は90万5,663床と、06年5月の90万7,260床から1,600床ほどの減少にとどまっている。

□介護サービス種類別にみた受給者数の変化 5月審査分～4月審査分(単位：千人)

	年間累計受給者数			年間実受給者数		
	2008年度	2009年度	対前年度増減数	2008年度	2009年度	対前年度増減数
総数	35,767.7	37,229.6	1,461.9	3,670.3	3,790.7	120.4
訪問介護	9,372.7	9,527.9	155.2	1,161.0	1,169.6	8.6
訪問看護	2,819.7	2,921.2	101.6	375.1	386.4	11.3
訪問リハビリテーション	578.4	648.1	69.7	80.5	88.9	8.4
通所介護	10,520.4	11,238.1	717.6	1,255.7	1,327.5	71.8
通所リハビリテーション	4,334.1	4,437.6	103.5	515.3	520.4	5.2
短期入所	3,623.6	3,818.4	194.9	684.6	704.8	20.2
短期入所生活介護	3,016.2	3,215.7	199.5	566.6	589.5	22.9
短期入所療養介護(老健)	606.8	605.7	-1.1	147.7	144.3	-3.4
短期入所療養介護(病院等)	54.2	50.1	-4.1	13.7	12.3	-1.4
介護福祉施設サービス	5,101.1	5,201.1	100.0	514.9	525.6	10.8
介護保健施設サービス	3,804.9	3,890.2	85.3	464.1	472.5	8.3
介護療養施設サービス	1,221.5	1,117.5	-103.9	159.2	146.1	-13.1

(4面から続く)

(注)「特養における看護職員と介護職員の連携によるケアの在り方検討会」でも、たんの吸引(口腔内)及び経管栄養(胃ろう)は医行為であることを前提に議論された。

○以下の方向性に沿った対応を行うためには、これらが医行為であることを前提に、これまでの違法性阻却論による対応ではなく、法整備による対応とすることが適当である。

- ・ 広く介護施設等で解禁する方向で検討すること(規制・制度改革に係る対処方針-平成22年6月18日閣議決定)
- ・ 教育・研修、医療職との役割分担、

継続的な連携・協働等の安全確保措置を徹底すること。

- ・ 介護サービス事業者の業務として実施、あわせて介護職員等の処遇改善に資すること。

○従来の医事法制下では、医行為を業として行う者は国家資格者(准看は都道府県知事免許)に限定するという形で措置してきたが、今回措置の法制度上の在り方については、従来の整理と異なる以下の点を考慮しつつ、当検討会において引き続き議論していく。

- ・ 広く介護施設等を対象とし、その現場で実行可能な内容とする。
- ・ 教育・研修は不特定多数の者を対象とする安全性を標準としつつ、特定

の者を対象とする場合はこれと区別して取り扱う。

- ・ 医療職との役割分担、継続的な連携・協働等の安全確保のための条件を付す。
- ・ 知識・技術の評価は指導を行う医療

職が行うものとする。

- ・ 行為の実施については原則として本人・家族の同意を要するとともに、患者の状態、職員側の知識・技術レベル等を考慮し、個別に医師が判断するものとする。

2010年度「臨床研修指導医講習会」開催のご案内 全日病・医法協共催

日	時	●11月13日(土)10:00~22:00 ●11月14日(日)8:15~16:30	参加費	●80,000円(1泊宿泊費・食事代・資料代を含む)
会場	●東京都内 ホテルヴィラフォンテーヌ汐留	申込締切日	●8月31日(定員になり次第締切)	
定員	●48名	申込方法	所定の申込書をFAX(03-3237-9366)でお申し込み下さい。	
参加対象	●臨床研修病院又は研修協力施設およびその申請検討施設(7年以上の臨床経験を有する医師)		全日病HP掲載の案内PDFをご利用ください。	
問合せ・申込先	全日本病院協会事務局(臨床研修指導医講習会担当) Tel. 03-3234-5165			

民間病院に、今、必要な制度改革は何か—医療制度・税制委員会の取り組み

2012年の診療報酬・介護報酬同時改定に対する関心が高まる一方、厚生労働省は、医師不足に関する全国調査や医療法人制度に関する実態調査を実施するなど、きたるべき第6次医療法改正に向けた準備を進めている。

全日病では、病院のあり方委員会(徳田禎久委員長)が、わが国医療体制の現状を俯瞰した分析に加え、中長期におよび提供体制像の描出を試みているが、医療制度・税制委員会でも、次期医療法改正を見据えた調査・検討に精力的に取り組んでいる。

医療制度・税制委員会が取り上げているテーマと検討の現状報告を小松寛治委員長にお願いした。

医療法改正に向け作業。4疾病・5事業の参加状況を調査

「参加要件が厳しい」と見直しを求める声が多数。10月の学会で報告・討議を予定



医療制度・税制委員会委員長 小松寛治

昭和23年に成立した医療法は、近年の社会環境と人口構成等の急激な変化に対応し、平成4年第2次改正以来数年毎に改正され、平成18年の第5次改正を経て活発に変化の兆をみせており、来年の通常国会に向けて第6次医療法改正を窺う状況にある。

そこで、医療制度・税制委員会は、平成22年度の委員会活動として、税制改正の問題とともに現行医療法をめぐる課題の抽出に努め、かつ、その中でも、地域医療計画における4疾病・5事業の実態および問題点を整理することを重点課題とした。

4疾病・5事業の問題は診療報酬評価とのリンクを強めており、今や、地域医療を支える民間病院の行き方に大き

な影響を与えているからである。

以下に、現在に至るわが委員会の取り組み状況の概要を報告する。

□医療法人制度改革への対応

厚生省医政局指導課の依頼に基づいて、本年6月に次期改定の見直しの方向を探る目的で、四病協が平成18年の医療法人制度改革のフォローアップ調査を実施している。

医療法人制度改革は医療経営の持続性を目指した改革であり、今後問題点の解決に向けて活発な論議が必要とされる状況にある。医療制度・税制委員会としても、調査結果を踏まえ、改善すべき点を要望等にまとめていく方針である。

発言していく必要がある。

本調査の結果は、10月11日に開催される第52回全日本病院学会(兵庫)の医療制度・税制委員会企画「4疾病・5事業」で、池上直己慶應義塾大学医学部教授よ

消費税増税解消へ積極果敢に取り組む必要

□消費税増税解消への取り組み

平成23年度税制改正要望の概要は「全日病ニュース」8月1日号にも報じられたが、それに先立った7月の参議院議員選挙での菅総理大臣の発言を契機に、消費税問題は一気に世論の俎上にのぼった。消費税は国民生活にとって重要な問題であると同時に、医療経営にとっては増税として死命を制する問題でもある。

消費税問題の解消のため毎年陳情を繰り返してきたが、厚生労働省、財務省に取り上げられることはなく、今回の消費税引き上げの際に是正されるだろうと楽観視される傾向があった。

また、一定の定められた薬価及び保険医療材料の価格は消費税を含むという官報通達(平成18年3月6日)が出されているが、消費税の二重取りへの疑問も依然として放置されている。

日医と病院団体の増税解消に向う足並みはそろっているが、次期改定時での是正という消極姿勢から脱しておらず、マスコミに取り上げられることも無い。もっとオープンに国民に知ってもらい解決に努力する積極的な姿勢が

り報告をいただき、討議を予定している。関心をもつ会員病院におかれては、兵庫学会のご参加の上、フロアからの積極的な意見、提案等をいただければと期待する。

望まれるところである。

□医師臨床研修指導医講習会の開催

平成16年からスタートした新医師臨床研修制度は発足5年後の制度見直しを経て、その条件、内容は中小病院、とりわけ地方の病院にとっては厳しいものになった。しかし、臨床研修病院はDPCの機能評価係数にも加算されるので、一般病院を選択する病院にとっては極めて重要である。特に近年では、指導医の要件をクリアしていることが厳しく指導されるようになった。

全日病は日本医療法人協会と共同して、平成19年度より、星北斗委員長(星総合病院)、江村正准教授(佐賀大学卒後臨床研修センター副センター長)を中心に、臨床研修指導医講習会を続けている。

基幹型病院は勿論のこと、協力型施設の指導医も積極的に研修を受けることが望まれる。今年度の講習会は、11月13日・14日に東京都内(ホテル・ヴィラフォンテーヌ汐留=東京港区)で開催される。申込締切日は8月31日である。会員病院におかれては、積極的な参加をお願いしたい。

4疾病・5事業の調査結果を10月の兵庫学会で発表

□地域医療計画への参加障壁の改善

平成18年の第5次医療法改正で新たに記載することになった4疾病(がん、脳卒中、急性心筋梗塞、糖尿病)5事業(救急医療、災害時における医療、へき地医療、周産期医療、小児医療)について、医療制度・税制委員会は、会員病院の参加状況を知る目的で、6月に全会員病院を対象に実態調査を行った。

回答率は約2割と低かったが、脳卒中、救急医療には半数の病院が参加、がんについては1/4の病院が参加していることが明らかになった。

参加したいが参加出来ない理由に「参

加要件が厳しい」ことを挙げる割合が多く、参加要件の緩和が参加へのモメントとなる可能性が高いことが伺える調査結果となった。調査結果の詳細は、『全日病ニュース』で報告したい。

全病院の80%を占める民間病院と、70%を占める中小病院を除外して国民の健康を守り切ることが不可能であることは、過去60年の医療の歴史が証明していることである。

しかし、政府と各都道府県の理解度は必ずしも十分とは云い難く、また、それぞれの事情もあると思われるので、本調査について分析・検討を行い、積極的に

介護福祉士資格要件の法改正施行に待った！

介護人材養成の在り方検討会 実務経験者への600時間勉強と養成施設修了者への資格試験義務化は延期へ

厚生省の「今後の介護人材養成の在り方に関する検討会」は7月29日の会合で、介護福祉士国家試験を受験する際の要件に加えられた「600時間課程」の実施を3年程延期する方針ほかを盛り込んだ中間取りまとめを行なった。

介護福祉士の資格を得るには、現在、養成施設を卒業するルートと国家試験を受験して合格するルートの2つがある。後者は、福祉系高校を出た後に介護技術講習を修了して受験するルート(実技試験は免除)と実務経験を3年積んだ後に受けるルート(実技試験を含む)からなる。

2007年の「社会福祉士及び介護福祉士法」改正で、これらのルートに大きな変更が生じた。1つは養成施設を卒業するルートに国家試験の受験が課せられたこと。もう1つは、3年の実務経験者に6月以上の養成課程(600時間課程)修了を義務づけたことである。これらは12年度から施行することが決まった。

このほかにも、養成施設と福祉系高校養成課程の教育内容見直しと時間数を1,650時間から1,800時間へ増やすなど改正点は多々あるが、この2つの改正が、介護の現場で大きな波紋を呼んだ。

その理由は、実務経験のルートは、約81万人いる介護福祉士の7割近く(約55.6万人)を占めるほど介護福祉士の重要

な供給源となっている。それだけに、現場業務を続けながら600時間の課程を修了するという負担が足かせとならないか、介護スタッフのやりくりで新たな負担が生じないかと懸念を抱く向きが多いからだ。

こうした懸念は、養成施設を卒業するルートに国家試験受験を課するという点に関しても同様で、介護現場には志願者の減少を恐れる声が高い。

介護福祉士は業務独占ではなく、名称独占に過ぎない。したがって、介護福祉士がいなくても介護業務がとどこおる可能性は少ない。しかし、09年度の介護報酬改定で、介護福祉士の配置が大きく評価されたため、介護事業所は介護福祉士確保に躍起になっている。

一方、厚生省には、介護サービスの質と安全を高める上で介護福祉士の質の向上が重要な課題となったおり、そのためには、27.5%という介護福祉士試験の合格率(10年3月)を引き上げるなど、量とともに質の向上を目指す必要がある。その目的で行なった改正が、国家資格試験受験にいたる過程を平等かつ一元化するという法改正であった。

現場の反発を受けて、厚生省は今年3月に「今後の介護人材養成の在り方に関する検討会」を設置、一方、同省が用意した見直し案を意見募集にかけ、そ

の結果を踏まえつつ、検討会の議論に判断をゆだねた。

その結果、「中間取りまとめ」は、「600時間課程」について賛否両論を併記しながらも、それに対応できない事業者・従事者が多数であること、加えて、介護職員による医療的ケアが解禁された場合に教育内容見直しに時間を要することなどを理由に、「600時間課程」の施行は3年後程に延長すべきであり、か

つ、「実務経験ルートの教育課程再編にあたっては、事業者、従事者が対応できるものとすべき」と提言した。

「中間取りまとめ」は、また、現在、介護福祉士の資格取得が認められている養成施設修了者に国家試験を義務づけたとした改正点も、その施行時期の見直しを検討すべきとしている。同検討会は今後も具体的な議論を進め、年内に最終的な取りまとめを行う方針だ。

インドネシアから第3陣116名が来日

看護師・介護福祉士候補者 受け入れを重ねる度に人数が減少

経済連携協定(EPA)にもとづいて日本で資格取得を目指すインドネシア人の看護師・介護福祉士候補者が8月7日に来日した。同国からの第3陣となる。

人数は、看護師候補が39名(受け入れ施設数は19)、介護福祉士候補が77名(同34)と合計116名。2008年の第1陣208人(看護104人、介護104人)、09年の第2陣362人(看護173人、介護189人)から大きく減った。

日本とEPAを締結したもう一国のフィリピンからは、5月11日に第2陣の118名が来日している。内訳は看護師候補が46名(受け入れ施設数は27)、介護福

祉士候補が72名(同34)と、やはり、09年の第1陣310人から大幅に減少した。

あなたの調査票から日本の未来が見えてきます

10月1日、国勢調査を実施します！

2010 国勢調査 平成22年10月1日

総務省統計局

複数医師が同一建物の複数患者を各々訪問しても訪問診療料は200点

10年度改定の疑義解釈。外泊中の入院料15%算定は特定・特別入院基本料も同様

厚生労働省は、2010年度診療報酬改定に関する「疑義解釈資料その6」を7月28日付で発し、入院基本料等加算ほかに関する解釈を表わした。

その中で、同一医療機関の複数の医師が同一建物に居住する複数患者をそれぞれ訪問診療した場合に算定する在宅患者訪問診療料は「同一建物居住者」の200点となり、「同一建物居住者以外」の830点は算定できないとした。

在宅患者訪問診療料については、今年4月の改定で、従来の「居住系施設入居者等(200点)」と「在宅(830点)」という分け方を見直し、「同一建物に居住する複数の患者(200点)」と「それ以外(830点)」という区分とされた。一度の訪問で複数患者を診療できるという利便さは居住系施設もマンションやアパートに暮らす複数患者の場合も変わらないという考え方で整理されたも

のだ。

今回の解釈は、改定の視点をさらに明確にし、同一医療機関の異なる医師が同じマンションに住む異なる患者を訪問した場合も従前の830点ではなく200点を算定するとしている。

薬剤管理指導料に加算される医薬品安全性情報等管理体制加算については、入退院を繰り返す患者の場合は、入院の起算日が別であれば入院のつど算定

できるとした。

また、外泊期間中の入院料は入院基本料の15%を算定するとされているが、疑義解釈は、特別入院基本料(7対1または10対1入院基本料で月平均夜勤72時間規定のみを満たさない一般病棟)や特定入院基本料(90日を超えて入院する患者が対象)等の場合も同様に取扱いすることを、あらためて明確にした。

事務連絡「疑義解釈資料の送付(その6)」から 7月28日 厚生労働省保険局医療課

□医科診療報酬点数表関係 【入院基本料等加算】

Q6 看護師、薬剤師又は管理栄養士が日本病態栄養学会の「NSTセミナー(新規研修コース)」を修了した場合又は看護師が認定看護師(摂食・嚥下障害看護)の研修を修了した場合は、栄養サポートチーム加算の所定の研修を修了したとみなされるのか。

A これらの研修はいずれも合計40時間以上であり、必要な研修内容を満たしているものであり、所定の研修を修了したとみなされる。

Q7 日本病態栄養学会のNSTコーディネーターとなるに必要な研修を看護師、薬剤師又は管理栄養士が修了した場合、栄養サポートチーム加算にある研修を修了したものとみなされるのか。また、NSTコーディネーターとなるために必要な研修と併せて、看護師、薬剤師又は管理栄養士が日本病態栄養学会の行うNSTセミナー(追加研修コース)を修了した場合は、所定の研修を修了したとみなされるのか。

A NSTコーディネーターとなるために必要な研修は、栄養サポートチーム加算にある所定の研修の内容としては不十分であり、所定の研修とは認めら

れないが、NSTコーディネーターとなるために必要な研修と併せて、NSTセミナー(追加研修コース)を修了した場合は合計40時間となり、必要な研修内容を満たすものとなるため、栄養サポートチーム加算にある所定の研修を修了したとみなすことができる。

Q8 医師が、日本静脈経腸栄養学会の認定教育施設における指導医資格要件となっている研修を修了した場合または日本病態栄養学会のNSTコーディネーターとなるに必要な研修を修了した場合は、栄養サポートチーム加算にある研修を修了したとみなされるのか。

A これらの研修はいずれも合計10時間以上であり、必要な研修内容を満たしているものであり、所定の研修を修了したとみなされる。

【医学管理等】

Q9 薬剤管理指導料の「注3」医薬品安全性情報等管理体制加算は「入院中1回に限り、初回の薬剤管理指導料に加算」となっているが、入退院を繰り返す場合、入院の都度、初回の薬剤管理指導料に係る算定時に加算は可能か。

A 起算日が異なる入院である場合はその都度算定できるが、起算日を同一とする入院である場合は、当該入院中

1回に限り算定する。

【在宅医療】

Q10 「C001」在宅患者訪問診療料の同一建物居住者の場合において、同じマンションに、同一医療機関の別の保険医がそれぞれ別の患者を訪問診療した場合は、どのように算定すべきか。

A どちらも「2」同一建物居住者の場合(200点)で算定する。

【他医療機関の受診】

Q12 外泊期間中の入院料については、「診療報酬算定方法の一部改正に伴う実施上の留意事項」(2010年3月5日保医発0305第1号)で入院基本料の15%を算定するとされているが、一般病棟入院基本料「注2」の特別入院基本料や「注5」の特定入院基本料等を算定している患者についてはどのように取り扱うのか。

A 特別入院基本料及び特定入院基本料等の算定している入院料の15%を算定する。

Q13 A医療機関のDPC算定病床に入院中の患者が他医療機関(Bとする)を受診した場合の取扱いについては、「診療報酬算定方法の一部改正に伴う実施上の留意事項」(2010年3月5日保医発0305第1号)に「医療機関間での診療報酬の分配は相互の合議に委ねる」とあ

るが、実際どのようにすればいいのか。

A 基本的に「合議」とは、両医療機関間の自由契約の元で金銭収受を行う事を意味しているため、明確なルールというものはないが、一部の医療機関の間では、A医療機関からB医療機関へ患者が受診する際に、「医科点数表に則って算定した点数を、全額当院に請求してください」という趣旨の連絡をして、精算を行っている事例があると聞いている。このような事例を参考にしつつ、適切に精算を行っていただきたい。

□訪問看護療養費関係

Q1 複数の訪問看護ステーションで指定訪問看護を計画的に行っている場合、複数の訪問看護ステーションで訪問看護管理療養費が算定できるが、訪問看護管理療養費の加算である24時間対応(連絡)体制加算を複数の訪問看護ステーションで算定することはできるか。

A 同一月に複数の訪問看護ステーションが当該加算を算定することはできないが、同一月に他の訪問看護ステーションが当該加算を算定していなければ算定は可能である。

2010年度第4回常任理事会の詳細 7月17日

【主な協議事項】

●平成23年度税制改正要望(案)

医療制度・税制委員会(小松寛治委員長)がまとめた「2011年度税制改正要望(案)」を承認した。

税制改正要望は、①消費税の原則課税、②医療機関に対する事業税特例措置の存続、③社会医療法人に対する寄附金税制の整備及び認定取消し時の一括課税の見直し、④病院用建物等の耐用年数の短縮、⑤持分ある医療法人が相続税発生から5年以内に持分のない医療法人に移行する場合の相続税猶予制度の創設、⑥特例民法法人および公益法人に対する地方税の減免措置、からなる。⑥が新たに追加された要望項目。

●ホームページのバナー広告について

広報委員会(織田正道委員長)が打ち出した「全日病のホームページに有償のバナー広告を貼る」という方針を諮り、承認を得た。バナー広告の依頼主は本会の賛助会員

に限定し、掲載可否の判断は広報委員会が行なう。運営の詳細はバナー広告掲載規程によるといもの。

●人間ドック実施施設指定の承認(順不同)

以下のとおり人間ドック実施施設指定の申請が承認された。

◎日帰り人間ドック

埼玉県 三郷中央総合病院

埼玉県 埼玉草加病院

日帰り人間ドック実施指定は480施設となった。

●入会者の承認(敬称略・順不同)

以下の6名の入会が承認された。

東京都 成木長生病院 院長 原 淳夫

東京都 堀切中央病院 院長 門田 篤

東京都 博慈会記念総合病院 院長 岡田 憲明

神奈川県 湘南中央病院 理事長 今井重信

兵庫県 荻原みさき病院 荻原 徹

島根県 島根県済生会高砂病院 院長 阿部

重郎

別途退会が3名あった結果、在籍会員数は2,305名となった。

以下の賛助会員の入会が認められた。

平塚胃腸病院附属 新宿センタービルクリニック
(東京都、平塚 伸 所長)

株式会社日本能率協会コンサルティング
(東京都、代表取締役社長・浅野 隆)

賛助会員は95企業・団体となった。

【主な報告事項】

●福祉医療機構に対する融資拡大要望書の提出

福祉医療機構に「医療機関に対する融資枠の拡大」を求める四病協の要望書を7月1日に阿曾沼医政局長に提出したとの報告があった。要望内容は、①経営安定化資金融資制度の存続とさらなる上限の引き上げ(上限12億円程度)、②融資手続きの簡素化と抵当権設定等の弾力的運用、③融資対象の拡大、④緊急時等、無担保・低金利融

資の実行、からなる。


同要望書は、6月19日の常任理事会では全日病要望書として承認を得たが、6月23日の四病協総合部会で承認を得たため、四病協の名前で提出された。

●平成22年度老健事業推進費等補助金による、本会研究に対する国庫補助の交付

本会が日本慢性期医療協会の協力を得て実施する「胃腸造設高齢者の実態把握及び介護施設・在宅における管理等のあり方の調査研究」に対して、厚生労働省の平成22年度老健事業推進費等補助金(老人保健健康増進等事業分)の国庫補助交付対象に、5月7日付で採択が決まったとの報告があった。

●第52回全日本病院学会について

10月10、11日に兵庫県支部の担当で開催される「第52回全日本病院学会 in 兵庫」(西昂学会長)について、一般演題の登録数が、全日病学会史上最高の450題に達したとの報告があった。



あんしんとゆとりで仕事に専念

全日病厚生会の 病院総合補償制度

全日病会員病院および勤務する方のための
充実の補償ラインナップ

- 病院向け団体保険制度
 - 病院賠償責任保険(医師賠償責任保険)
 - 医療施設機械補償保険
 - 居宅介護事業者賠償責任保険
 - マネーフレンド運送保険
 - 医療廃棄物排出事業者責任保険
 - 個人情報漏えい保険
- 従業員向け団体保険制度
 - 勤務医師賠償責任保険
 - 看護職賠償責任保険
 - 薬剤師賠償責任保険

全日病厚生会
http://welfare-ajha.jp/

お問合せ (株)全日病福祉センター
〒101-0061 東京都千代田区三崎町3-7-12
Tel.03-3222-5327

地域医療係数の内容を公表。7項目の該当率でポイント差

DPC評価分科会 拠点病院等高機能・大規模病院に有利な指数構成。中小病院には高係数望めず

8月3日に開催されたDPC評価分科会は、事務局(厚生労働省医療課)が提案した、DPC影響調査に関する、①2009年度調査結果の追加集計案、②2010年度に実施する特別調査の内容案をそれぞれ了承した。

09年度調査結果の集計結果はすでに報告されているが、中医協における問題提起を受けて、診療プロセスの変化など、新たな視点からクロス集計を行なうほか、各種カテゴリーにもとづいた施設類型に応じてDPCの影響がどう表われるか試みるというもの。

10年度特別調査については、DPC制度導入影響の評価調査は大筋これまでの変わらないが、新たに、今改定で導入された新係数(評価係数Ⅱ=6項目)に関する調査を実施。その中で「今後更に導入を検討すべき事項に関する調査」が行なわれる。

同日のDPC評価分科会で、事務局(厚

労省保険局医療課)は、7月30日に告示された地域医療係数を構成する内訳とDPC対象全病院に関する地域医療指数の該当一覧を発表した。

地域医療指数は、脳卒中の連携、がん地域連携、地域がん登録、救急医療、災害時医療、へき地医療、周産期医療の7項目からなり、それぞれの指数に該当する基準が決められている。

該当する指数項目の数に応じて地域医療係数が定まる仕組みで、該当項目0(係数0=37施設)から該当項目7(係数0.0080=5施設)までの間に1,390のDPC対象病院が、それぞれの機能特性にしたがって分布している。

いずれも大学病院や拠点病院等の高機能・大規模病院に有利な指数が採用されたため、中小病院としては、辛うじて社会医療法人に高ポイントが期待できるのみという厳しい内容だ。



▲8月3日のDPC評価分科会。円内は、赴任後初めて中医協関連会議に出席した鈴木康裕医療課長

■地域医療係数の分布 計 1,390 病院

該当する指数項目の数	地域医療係数	該当施設数
0	0.0000	37
1	0.0011	278
2	0.0023	406
3	0.0034	301
4	0.0046	194
5	0.0057	109
6	0.0068	60
7	0.0080	5

■地域医療係数設定の基礎となった地域医療指数の内訳

脳卒中	地域連携診療計画管理料、地域連携診療計画退院時指導料。または地域連携診療計画退院時指導料Ⅱの届出(大腿骨頸部骨折の届出のみは除く)
がん地域連携	がん治療連携計画策定料またはがん治療連携指導料の届出
地域がん登録	当該都道府県の地域がん登録事務局に過去1年間データ提出を行っている
救急医療	医療計画に定められている2次救急医療機関で病院群輪番制への参加施設、拠点型又は共同利用型の施設もしくは救急救命Cの指定を受けている
災害時における医療	DMAT(災害派遣医療チーム)の指定を受けている(少なくとも厚生労働省の指定研修を受講したチームが存在している)
へき地の医療	へき地医療拠点病院の指定又は社会医療法人認可におけるへき地医療の要件を満たしている
周産期医療	総合周産期母子医療センター又は地域周産期母子医療センターの指定を受けている

- 機能評価係数Ⅱの導入による行動変容等の影響は適切か
- 今後更に導入を検討すべき事項に関する調査

- (2) 算定ルール of 妥当性に関する調査
 - 診断群分類の妥当性
 - 包括範囲の妥当性

2009年度調査の追加集計内容案

■新たな病院類型等によるクロス(再)集計

1. 病院の特性等による違いを評価するため、以下のような施設類型等により階層化した再集計を行なう。

病床規模、病床構成(DPC算定病床比率)、診療機能(病院類型)等、患者の年齢階級、

2. 新たな視点等にもとづいてクロスさせた再集計等を行なう。

(1) 診療内容の変化

- 再入院率と再転棟率との間に相関があるか
- 退院時転帰が再入院率に影響しているか
- 退院先が再入院率に影響しているか

(2) 診療プロセス・診療体制の変化

- 病床稼働率に施設特性や患者構成の影響はないか
- 包括評価により後発医薬品の普及が促進されたか
- 予期された再入院で多数を占める化学療法・放射線療法の実態はどのように変化しているか。
- 入院件数の拡大に合わせて手術等の必要とされている治療の実施が拡大しているか
- 実施されている術式やプロトコル等が技術革新を反映しているか
- 医療従事者あたりの労働量(入院件数、手術数等)調査

2010年度特別調査(案)

1. DPC制度導入影響の評価

(1) 診療内容の変化

再入院率・再転棟率及びその理由(目的)

(2) 診療プロセス・診療体制の変化
外来における化学療法、放射線療法、短期滞在手術の実施状況(入

院実施と合わせた分析・集計)

2. 機能評価係数Ⅱを含めた診療報酬評価のあり方に関する調査

- (1) 機能評価係数Ⅱ(6項目)に関する調査
- 機能評価係数Ⅱ(6項目)の評価は妥当か

全日病

胃瘻造設高齢者の実態調査を実施

医療・介護・在宅を対象にアンケートとヒアリング

全日病の介護保険制度委員会(木下毅委員長)は、2010年度の活動として、胃瘻造設高齢者の実態調査を実施する。

調査は、厚生労働省老健局所管の老人保健事業推進費等補助金(老人保健健康増進等事業分)にもとづく研究事業として行なわれる。

調査の目的は、胃瘻造設高齢者の実態を全国的な規模で把握し、医療機関における胃瘻造設の指針および介護施設や在宅で胃瘻造設者の生活が構築できる環境と体制のあり方について提言を行なうことにある。

調査はアンケートとヒアリングからなり、対象として、①病院(急性期約1,000施設、慢性期約1,000施設)、②介護老人福祉施設(約1,200施設)、③介

護老人保健施設(約800施設)、④介護療養型老健施設(60施設程度)、⑤訪問看護ステーション(1,200事業所程度)を予定。回答施設から一定数を選んでヒアリングを実施する計画だ。

9月にアンケート調査票を送付、10月に回収した後、来年1月にアンケート調査の集計を終るとともにヒアリング調査を開始、3月には調査報告書をまとめる方針だ。

全日病厚生会 病院総合補償制度に

「個人情報漏えい保険」が追加されました

個人情報が漏えいした場合に病院が被る損害賠償金や訴訟対応のための弁護士費用、新聞への謝罪広告費用、お詫び状の郵送費用等を保険金としてお支払い致します。

団体契約者 全日病厚生会
引受保険会社 東京海上日動火災保険(株)

●ご加入のお申込み、お問合せは…

(株)全日病福祉センター

TEL (03) 3222-5327 FAX (03) 3222-0588